

UNIVERSITE DE CLERMONT
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1965.

N° 7

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Bernard, Louis, Alfred VIGOUROUX
né le 1er décembre 1937 à Lyon (Rhône)

Présentée et soutenue publiquement le : 10 mars 1965

UNE CURE D'AMAIGRISSEMENT EN GROUPE
CHEZ DES MALADES MENTALES
A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE.

Président : M. POROT, Professeur.

Membres du Jury : MM. BERNARD-GRIFFITHS (Professeurs
et PETIT)

M. TOURNILHAC, Professeur Agrégé.

EDITIONS A. G. E. M. P. - 8, RUE DANTE - PARIS (Ve)

UNIVERSITE DE CLERMONT
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1965.

N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Bernard, Louis, Alfred VIGOUROUX
né le 1er décembre 1937 à Lyon (Rhône)

Présentée et soutenue publiquement le : 10 mars 1965

UNE CURE D'AMAIGRISSEMENT EN GROUPE
CHEZ DES MALADES MENTALES
A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE.

Président : M. POROT, Professeur.

Membres du Jury : MM. BERNARD-GRIFFITHS (Professeurs
et PETIT)

M. TOURNILHAC, Professeur Agrégé.

EDITIONS A. G. E. M. P. - 8, RUE DANTE - PARIS (Ve)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548623_0062

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE

UNIVERSITE DE CLERMONT

Doyen : R. CUVELIER Directeur Honoraire : M. MERLE
Assesseur : M. COULET Professeurs Honoraires : Mme BLANQUET
MM. BUREAU, FOURNIER et GAUTHIER.

I - Professeurs titulaires

MM. BARRIER	- Clinique chirurgicale A
BAUDON	- Clinique obstétricale
BERGERON	- Pathologie médicale
BERNARD-GRIFFITHS	- Clinique médicale A
COULET	- Botanique et Microbiologie
CUVELIER	- Hydrologie et climatologie
DASTUGUE	- Chimie biologique et pharmacodynamie
DAUPHIN	- Chimie pharmaceutique et toxicologie
GRAS	- Thérapeutique
JACQUEMET	- Technique chirurgicale
LATAIX	- Pathologie chirurgicale
MEYNIEL	- Biophysique médicale
MOLINA	- Clinique pneumo-phtisiologique
PETIT	- Médecine légale et médecine sociale
POURRAT	- Matière médicale
ROUHER	- Clinique ophtalmologique
TERRASSE	- Clinique médicale B
THIEBLOT	- Physiologie
TRONCHE	- Pharmacie chimique
TURCHINI	- Histologie et embryologie
VAURS	- Bactériologie et hygiène
WILLEMIN-CLOG	- Clinique médicale infantile

II - Professeurs sans chaire

MM. BASTIDE	- Sciences naturelles
DUCHENE-MARULLAZ	- Physiologie
FEBVRE	- Pharmacie galénique
GERMAIN	- Clinique chirurgicale B
POROT	- Neurologie et psychiatrie



III - Maîtres de Conférences agrégés

MM. ALFIERI	- Physique médicale
BERGER	- Chimie analytique
BOSSY	- Anatomie
Mlle CHATONIER	- Chimie minérale et minéralogie
M. CLUZEL	- Bactériologie
MM. DEDREUX	- Biochimie médicale
Mmes GAILLARD	- Physique pharmaceutique
MOINADE	- Médecine générale et thérapeutique
M. PIGNIDE	- Médecine Générale

IV - Agrégés

MM. CHAMPEIX	- Médecine légale et Médecine du travail
FOURRIER	- Orthopédie
HOUDARD	- Chirurgie générale
JALLUT	- Médecine générale
JANNY	- Neuro-chirurgie
MENUT	- Pédiatrie et puériculture
MERCIER	- Chirurgie générale
Mlle RAMPON	- Médecine générale
MM. RENARD	- Pneumo-phtisiologie
TOURNILHAC	- Neurologie et psychiatrie

Secrétaire Principal : M. BERTHON
 Bibliothécaire universitaire : M. ARCHIMBAUD

oOo

La faculté décide que les opinions émises dans les travaux et mémoires présentés à l'occasion d'une soutenance de thèse de Doctorat en Médecine ou en Pharmacie, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner, ni approbation ni improbation (Délibération en date du 6 juin 1956).

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE,

A MES PARENTS,

En gage de reconnaissance et d'affection.

A MA FEMME,

Avec toute mon affection.

A MES SOEURS,

A MA FAMILLE,

A TOUTE MA BELLE-FAMILLE,

A MES AMIS,

A MES CAMARADES D'EXTERNAT et D'INTERNAT.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur POROT

- Professeur agrégé de Neuro-Psychiatrie,
- Chevalier des Palmes Académiques,

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le remercions pour les conseils
qu'il nous a dispensés et pour la bienveil-
lante sollicitude avec laquelle il a accueilli
ce travail.

Qu'il nous permette de lui témoigner
ici notre respectueuse reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur BERNARD-GRIFFITHS

- Professeur de Clinique Médicale,
- Médecin des Hôpitaux,
- Chevalier de la Légion d'Honneur,
- Officier des Palmes Académiques.

Nous avons bénéficié de son enseignement.
Qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur PETIT

- Professeur de Médecine Légale et de Médecine Sociale,
- Médecin des Hôpitaux,
- Chevalier de la Légion d'Honneur,
- Officier des Palmes Académiques.

Durant notre externat, nous avons eu le privilège de bénéficier de son enseignement.
Qu'il trouve ici l'expression de nos remerciements et de notre attachement respectueux.

Monsieur le Professeur Agrégé TOURNILHAC

- Agrégé de Neurologie et Psychiatrie,
- Médecin-Assistant des Hôpitaux.

Nous le remercions très respectueusement d'avoir accepté de juger cette thèse.

A Monsieur le Docteur MICHEL

Médecin-chef des Hôpitaux Psychiatriques.

Il nous a inspiré le sujet de ce travail, et nous a aidé et conseillé durant toute son élaboration.

Qu'il nous accorde de lui témoigner ici notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BLANDIN

Médecin-chef des Hôpitaux Psychiatriques

Qu'il trouve ici l'expression de notre
reconnaissance pour l'enseignement dont il
nous a fait bénéficier.

A Monsieur le Docteur LAUXEROIS

Médecin-chef des Hôpitaux Psychiatriques

Nous le remercions pour l'enseignement
dont il nous a fait bénéficier.

A Monsieur le Docteur DOUSSINET

Médecin-chef des Hôpitaux Psychiatriques

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A Mademoiselle le Docteur POCHARD

Médecin-chef des Hôpitaux Psychiatriques.

A tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine

et des Hôpitaux de Clermont-Ferrand.

PLAN

- I. - INTRODUCTION
- II. - LES OBESITES
- III. - LES OBESITES A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
- IV. - UNE CURE D'AMAIGRISSEMENT A L'HOPITAL
PSYCHIATRIQUE.
 - 1 - Principes fondamentaux.
 - 2 - Modalités pratiques.
 - 3 - Observations.
 - 4 - Résultats.
 - 5 - Discussion.
- V. - CONCLUSIONS.

oo0oo

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Au début du siècle, un embonpoint certain était un signe de réussite ou de prospérité. De nos jours, l'opinion populaire admet parfois que c'est un signe de bonne santé, et certaines races pensent même que l'obésité est un attrait physique. Cependant, la mode aidant, un poids par trop respectable est souvent considéré comme une disgrâce physique, on parle de plus en plus d'alimentation rationnelle et la médecine considère l'Obésité comme une maladie aux conséquences souvent graves sinon mortelles. Par ailleurs, le vocable de maladie psycho-somatique semble s'appliquer particulièrement à certains types d'obésité.

Or, la fréquentation d'un service de Neuro-Psychiatrie nous a permis de rencontrer un grand nombre d'obèses. Ce fait peut, a priori, prendre une valeur significative. Nous nous trouvons devant des malades présentant un certain nombre de particularités : leur personnalité est généralement profondément perturbée, altérant même leur comportement social ; de plus, dans un certain nombre de cas, une hospitalisation a par elle-même un rôle traumatisant ; enfin, les habitudes de vie hospitalière (sédentarité, mode d'alimentation), ont aussi une action favorisante sur la genèse de l'obésité.

Aussi nous pensons que le traitement de l'obésité de ces malades mentales, lorsqu'il est possible, peut présenter quelque intérêt : d'une part en intervenant sur les causes psychologiques et psychopathologiques, d'autre part en réalisant la réhabilitation sociale des malades hospitalisées dont l'obésité est souvent un stigmate de leur déchéance sociale.

Ces considérations nous ont amené à rechercher une solution pratique et efficace adaptée aux conditions de vie à l'hôpital psychiatrique :

Après un rappel des facteurs neuro-psychiques de l'obésité, nous relaterons une expérience de cure amaigrissante en groupe à l'hôpital psychiatrique.

CHAPITRE II

LES OBESITES

C'est un sujet ardu que nous n'avons pas la prétention de vouloir résumer. Cependant, pour expliquer notre expérience, et en nous référant à la littérature, nous exposerons brièvement les deux grands aspects de l'obésité : l'aspect organique et l'aspect psychique.

A - L'ASPECT ORGANIQUE

Comment définir l'obésité ? Quels en sont les mécanismes ?

Il y a plusieurs définitions :

- Morphologiquement, l'obésité est une question de mode essentiellement fluctuante. Il existe aussi des critères d'appréciation : citons la mesure du pli cutané en certaines régions du corps. Citons aussi les classifications plus mathématiques de :

BROCA : $P = T - 100$

BRUSCH : $P = T - 105$ si T plus grand que 1,65 m.
 $P = T - 110$ si T plus petit que 1,70 m.

AZERAD : $P = T - 100 - \left(\frac{T - 150}{4} \right)$

En résumé, on peut considérer qu'un excès de 10 % au poids standard de l'adulte entre 25 et 50 ans est une obésité. A partir de 20 % il s'agit d'un état pathologique.

- Sur le plan physiopathologique, il s'agit de modifications des métabolismes des graisses, des glucides, de l'eau, des sels.

- Enfin l'anatomiste définira l'obésité comme une surcharge graisseuse des tissus sous cutanés et des viscères.

LES FACTEURS :

Ils mettent en jeu différents facteurs.

- Facteurs exogènes et acquis : ce sont les apports alimentaires lorsque leur importance excède les besoins de l'organisme. A ce sujet l'hyperphagie joue un rôle non négligeable.

La sédentarité, le manque d'exercice, un habillement excessif peuvent contribuer à cette diminution de la perte de calories.

Quant aux facteurs acquis on les retrouve par exemple en diétécémie après des traitements cortisoliques, ou après l'administration prolongée de neuroleptiques : ainsi la chlorpromazine est à l'origine de bien des obésités.

- Hérédité et facteurs constitutionnels sont aussi des éléments favorisant l'apparition de l'obésité. KLOTZ admet le facteur constitutionnel lorsque le poids à la naissance est supérieur à 4 kg et qu'il y a des antécédents héréditaires. De plus, "la fréquence du signe de Chvostek chez ces sujets témoigne d'une certaine fragilité diencéphalique" (10)

- Les facteurs endogènes : ils sont essentiellement constitués par un dysfonctionnement des mécanismes régulateurs.

C'est la non oxydation de l'acide pyruvique au niveau de la cellule adipeuse.

C'est le chapitre fort complexe des obésités :

- hypophysaires
- surrénaliennes.
- pancréatiques
- génitales
- spongieuses.

Citons aussi l'importance de la région hypothalamique : elle agit sur la régulation de la faim et de l'appétit, tandis que l'intervention du diencéphale peut expliquer l'apparition d'une obésité sous l'influence de facteurs inflammatoires, émotifs, hormonaux.

B - L'ASPECT NEURO-PSYCHIQUE

Le problème est non moins complexe.

1 - Une tentative d'explication de l'obésité peut être fournie par l'évocation de "viciations métaboliques probablement innées intervenant sans doute sous contrôle du diencephale pour aboutir à cet accroissement de la masse grasse, à l'utilisation économique des réserves et à la restriction des dépenses ". (10).

D'autre part, on ne peut nier le rôle déclenchant de chocs émotionnels, de tensions prolongées, donc de facteurs neuro-psychogènes, tandis que l'éventualité de facteurs neuro-endocriniens n'est pas à négliger, par exemple sous forme d'une rupture d'équilibre neuro-endocrinien d'origine chirurgicale ou même physiologique.

Enfin, on sait que les neuroleptiques favorisent l'apparition d'obésités. Par exemple, l'administration pendant une longue durée de doses fortes de Largactil entraînerait une obésité due à l'action perturbatrice de ce médicament au niveau hypothalamique. De même, les obésités survenant après un choc émotionnel ou un surmenage du système nerveux seraient des obésités neurogènes liées à un déséquilibre au niveau de la région hypothalamique.

2 - D'autre part, la connaissance de la psychopathogénie de l'obésité, lorsqu'il n'y a pas de troubles endocriniens majeurs, peut aussi nous aider à mieux comprendre les modalités de son développement, et d'avoir une attitude thérapeutique valable.

- Tous les auteurs citent (17, 20, 21) l'apparition d'obésités sous l'influence de : traumatismes émotionnels brutaux, chocs et frustrations affectives, conflits divers chez des personnalités névropathiques ou psychopathiques. Et à cet égard, il faut noter que toute hospitalisation (en dehors même d'une cause psychopathologique), constitue en elle-même une occasion de régression de la personnalité parce qu'elle représente généralement un traumatisme psychologique et un entraînement à la passivité.

Ces exemples montrent que la genèse de l'obésité se produit souvent lorsque l'individu doit faire face à une situation transitoire qui met à l'épreuve sa personnalité. Ce mécanisme de régression psychologique met en évidence une défaillance du MOI qui n'est parfois que momentanée.

L'obésité elle-même peut faire rentrer le malade dans un cercle vicieux (20) : la nourriture devient un remède, un moyen de défense, l'augmentation pondérale aurait même une valeur magique

... demandant l'expression de puissance recherchée (1).

Parfois même cet attrait pour la nourriture peut avoir le caractère compulsif d'une toxicomanie, et la différence n'est pas grande entre l'alcoolique et l'obèse : tous deux cherchent un refuge à leur ennui, à leur anxiété, un refuge et une défense contre leurs problèmes.

Une telle attitude trouve peut-être son explication dans l'étude du développement de la personnalité.

Tout individu, de l'enfance à l'âge adulte, passe par différents stades psychologiques au cours desquels sa personnalité se constitue.

Au stade oral, la première relation du nouveau-né avec le monde est le "bon objet" : le sein maternel qui s'oppose au mauvais objet extérieur qui se refuse.

L'âge aidant, les satisfactions orales de l'individu se déplacent vers d'autres centres d'intérêts. Mais restent des reliquats psychologiques (gratifications au niveau de la bouche par exemple), qui peuvent devenir pathologiques si leur trop grande persistance ou leur réapparition intempestive excluent les autres modes de gratification.

C'est ce qui se passe chez l'obèse : les préoccupations orales prennent une importance exagérée, tandis que sa dépendance, sa fragilité et sa vulnérabilité réduisent son activité, et le gênent pour l'instauration de relations adultes avec son entourage familial ou professionnel (21).

C - CES CONNAISSANCES DOIVENT ETRE BIEN GRAVEES DANS L'ESPRIT DU THERAPEUTE.

L'obèse est comme un enfant mais en moins maniable. Sa réaction est de manger quand ça ne va pas (conflits, émotions, etc...). Souvent il nie ou minimise ses excès. Parfois il les justifie : son travail exige une alimentation riche, il a une réputation de gastronome etc... C'est peut-être même pour lui et pour son entourage une preuve de bonne santé.

Et s'il veut maigrir, il lui faut un moyen magique qui lui permette de ne pas renoncer à ses habitudes alimentaires (la publicité se charge de le maintenir dans cet état d'esprit !).

Bref, résistances psychologiques inconscientes et tenaces.

. Tenir compte de ces faits est donc essentiel et de nombreux auteurs l'ont souligné (18-21). Vis à vis de l'obèse, le médecin devra :

- avoir une attitude neutre et bienveillante pour éviter tout sentiment de culpabilisation (GENEVARD).

- lui expliquer le point de vue théorique du médecin sur sa maladie.

- l'orienter vers de nouvelles gratifications ;

- approcher progressivement ses problèmes psychologiques. Et à ce sujet il semble que la psychanalyse ne soit applicable que dans des cas très particuliers ;

- il faudra lui faire comprendre la nécessité d'un régime strictement observé. Les anoréxiants sont un adjuvant utile, mais il ne faut pas en faire un médicament magique (ADELBERG-MAYER),

- ne pas perdre de vue que l'obèse est un anxieux. Et à ce sujet on retrouve dans la littérature une expérience intéressante et concluante de traitement de l'obésité par l'imipramine (24).

- le résultat obtenu, la surveillance devra se poursuivre : il y a le problème de "l'obèse maigre" insatisfait de lui-même et cherchant autre chose.

. La thérapeutique de groupe appliquant ces principes peut avoir un effet accru. Son efficacité dans certains cas est indéniable et il semble qu'elle s'adapte particulièrement bien à la personnalité de l'obèse.

Ainsi FREYBERGER relate l'expérience suivante : 12 femmes obèses constitutionnelles, tout en se pliant à un traitement et à un régime, ont suivi 20 séances de psychothérapie de groupe. Toutes sauf une, ont eu une réduction pondérale moyenne de 7,5 kg. Il semble en effet que la psychologie de l'obèse s'accorde bien avec des phénomènes de groupe, et que par là, des résultats satisfaisants puissent être obtenus plus facilement (18).

En résumé, s'attaquer à l'obésité c'est attaquer un problème complexe, qui consiste selon l'expression de GENEVARD à "vouloir faire lâcher la proie pour l'ombre".

CHAPITRE III

LES OBESITES A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

A - DANS UN SERVICE DE FEMMES

Le service de neuro-psychiatrie dont nous parlerons est un service de femmes qui nous a paru renfermer une grande proportion d'obèses. De plus, du point de vue morphologique, il n'y avait guère de sujets particulièrement maigres.

. A l'époque de notre étude on dénombrait 470 femmes hospitalisées pour des maladies mentales variées. 89, soit 16 % environ, présentaient un poids supérieur à la normale. Elles étaient réparties dans les différents pavillons du service.

. Type de ces obésités .

Il s'agissait essentiellement d'obésités de surcharge : malades infiltrées de graisse, à la peau flasque, présentant une augmentation générale de toutes les mensurations. On notait une prédominance des graisses sur le bassin (obésités de type gynofide).

Parmi ces obèses il y avait aussi bien des adultes jeunes que des personnes approchant la soixantaine.

La durée du séjour de ces malades obèses à l'hôpital allait d'un minimum de 2 ans à un maximum de 48 ans.

En règle générale, les affections associées étaient rares et la tolérance relativement bonne. Nous avons dénombré :

- 4 diabètes,
- quelques troubles cardio-vasculaires : 7 (troubles du rythme, hypertension artérielle, phlébites),

- quelques troubles rhumatismaux sans doute dus aussi à l'âge.

La tendance générale de ces malades était un appétit marqué pour les aliments de nature glucidique.

Cette tendance peut s'expliquer par une question de goût, mais aussi par le fait que la nourriture de l'hôpital semble assez riche en mets sucrés (pâtisseries, fruits au sirop, etc...). (14)

On constate que les repas sont un moment important de la journée ; les festivités et événements intérieurs sont souvent sanctionnés par de "bons repas", relatés avec plaisir (dans les conversations ou dans les journaux intérieurs).

Il n'est pas rare que les sorties soient prétexte à des achats alimentaires, et les indigestions par gloutonnerie sont fréquentes.

Enfin, il arrive que certaines malades reçoivent en plus de leur ration habituelle des gratifications alimentaires, car elles seraient défavorisées par ailleurs (opinion d'un membre du personnel).

. L'attitude de ces malades devant leur obésité se caractérise le plus souvent par une indifférence totale, et s'il y a des regrets ils sont vite oubliés !

Certes il y a eu des essais de cure isolés : il s'agissait parfois d'une initiative personnelle d'une malade qui réduisait d'elle-même son régime alimentaire, soit d'une intervention médicale, avec prescription de régime, anorexiantes et diurétiques.

Mais les résultats étaient souvent partiels et de brève durée. La difficulté venant du fait qu'un individu ayant une action isolée dans un groupe est une déviation par rapport au groupe. Aussi, l'isolement au milieu de malades libres de manger ce qui leur plaisait, les tentations multiples, et le découragement, venaient vite à bout des meilleures volontés.

B - DANS UN SERVICE D'HOMMES

A titre de comparaison nous nous sommes livrés à une enquête rapide dans le service "Hommes" du même hôpital .

Nous y avons compté 23 obèses pour 300 malades environ, soit 8 % environ. Parmi eux 12 présentaient des troubles associés :

diabète, atteintes cardio-vasculaires diverses ; par conséquent, obèses en pourcentage moindre que chez les femmes.

Par contre, comme chez elles, l'âge était variable, l'hospitalisation souvent ancienne, les préoccupations orales (alimentation, boissons, tabac) très importantes.

C - Nous avons tenté d'établir un PARALLELE AVEC UNE POPULATION NORMALE NON PSYCHIATRIQUE, mais nous n'avons pas trouvé de statistiques récentes et précises.

Cependant, dans l'ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE (11), AZERAD cite des chiffres américains qui peuvent donner une certaine idée du pourcentage d'obèses dans la population.

- En 1947 sur 60 candidats à une assurance-vie, 2,66 % sont refusés pour obésité. Mais les compagnies américaines ne refusent que les gros risques.

- La proportion des hommes est plus petite que celle des femmes (2,1 contre 4,7 %) et s'élève nettement avec l'âge.

- En 1951, et toujours d'après des chiffres américains, le 1/5 de la population adulte ayant dépassé 30 ans, c'est-à-dire 15 millions de sujets, avait un poids excessif, et le 1/3 de ces obèses, 33 % environ était pathologique.

L'auteur écrit ensuite : "Il est difficile de donner des chiffres valables pour la France, mais il est probable que dans un pays où la cuisine est en honneur, les proportions ne doivent pas être très inférieures à celles qui sont données ci-dessus".

D - DE CES FAITS NOUS POUVONS TIRER QUELQUES CONCLUSIONS

1 - Le rôle de l'hôpital psychiatrique n'est pas niable, car il réunit certaines conditions :

a - Matérielles :

- nourriture souvent abondante et plus ou moins bien équilibrée.

- sédentarité excessive, conséquence d'une hospitalisation souvent très longue.

- gratifications et compensations alimentaires qui sont fréquentes chez les malades hospitalisés et pas seulement en milieu psychiatrique d'ailleurs.

b - Psychopathologiques, créant des difficultés supplémentaires :

- il s'agit de malades mentaux dont la personnalité est déjà fortement perturbée (schizophrènes, débiles, maniaques, névrosés, anxieux, etc....);

- les motivations habituelles (esthétique, volonté, opinion d'autrui) sont généralement pour cette raison, et à cause du rétrécissement de la vie sociale, très souvent défaillantes.

- les traitements favorisent une augmentation pondérale (neuroleptiques, insuline), sont indispensables et souvent à fortes doses.

2 - Ainsi sont créées des obésités de surcharge :

- plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, ces derniers ayant peut-être d'autres compensations (tabac, activités physiques plus intenses : sports, travaux manuels).

Nous avons essayé de traiter ces obésités en nous appuyant sur une psychothérapie utilisant : la dynamique de groupe, un climat de conditionnement délibéré (groupe isolé, repas pris à part ...).

De telles méthodes de travail ont été utilisées par les ANGLO-SAXONS et plus proche de nous, nous citerons l'expérience de BASTIE à Toulouse (26).

CHAPITRE IV

UNE CURE D'AMAIGRISSEMENT A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

Nous étudierons successivement :

I - Les principes fondamentaux de la cure

II - Les modalités pratiques de déroulement de la cure

III - Les observations comprenant :

- . observations individuelles
- . examens biologiques, poids, mensurations

IV - Analyse des résultats

V - Discussion.

oOo

- I -

PRINCIPES FONDAMENTAUX RETENUS

. La cure est réalisée dans un service de neuro-psychiatrie de Femmes .

Les 2 groupes successivement étudiés sont peu importants : 7 femmes dans le premier, 6 dans le second.

Sur le plan matériel il nous était plus facile de grouper 6 ou 7 malades qu'un plus grand nombre.

Par ailleurs la psychologie de l'obèse souvent passif et recherchant une protection, s'adapte bien au groupe.

Nous nous sommes efforcés de faire vivre ces malades, toutes volontaires, dans un climat de réhabilitation : service moderne et clair, encouragements à des préoccupations esthétiques, présence d'un personnel attentif et compréhensif.

. Les principes appliqués étaient à la fois : diététiques, médicamenteux et psychothérapiques.

- Diététiques :

La stricte observation d'un régime, est la condition sine qua non pour l'obtention de résultats valables.

- Médicamenteux :

Anorexiantes et diurétiques ayant un rôle pharmacologique mais aussi psychologique (valeur magique du médicament).

- Psychothérapiques :

Les réunions régulières envisagent les problèmes et les difficultés, utilisant la psychologie de l'obèse qui recherche les contacts.

Leur style est la spontanéité et la liberté d'expression, dans le but de faciliter à l'intérieur du groupe l'expression des problèmes individuels et collectifs. En fait, il est plus ou moins directif suivant le niveau de base des membres et le degré d'autonomie par rapport au médecin .

Elles facilitent l'apport de matériaux psychologiques utilisables en commun

motivations de l'hyperphagie :

- peur
- habitudes
- plaisir de manger

. motivations des résistances à la cure :

- peur de maigrir
- enracinement des habitudes anciennes
- désir de conserver ce "seul plaisir"

Elles profitent des phénomènes d'interpsychologie : influence réciproque des différents membres, certains entraînant les autres.

Elles favorisent l'action explicative et invigorative du personnel : explications du fonctionnement digestif, stimulations etc...

- II -

MODALITES PRATIQUES DE DEROULEMENT DE LA CURE

. Deux groupes de malades ont successivement été étudiés. Parallèlement une troisième série de malades a suivi individuellement une cure d'amaigrissement, mais suivant des modalités différentes ; cette série était destinée à servir de groupe-témoin avec cette différence qu'elle ne constituait pas un groupe au sens psychologique du terme.

A - LES 2 GROUPES D'ETUDE (groupe I et II)I - Composition

Les malades volontaires sont inscrites sur une liste ; on élimine :

- les démences
- les arriérations
- les déséquilibres caractériels importants,

car un minimum de compréhension et de coopération est nécessaire. Mais aucune autre catégorie de malades ne fut a priori écartée. Nos 2 groupes comprenaient :

- Premier groupe :
 - . 2 syndromes schizophréniques
 - . 1 état hypomaniaque
 - . 2 débiles mentales dont l'une avec un délire hallucinatoire à thème de persécution
 - . 1 névrose d'angoisse ayant donné lieu à des poussées dépressives,
 - . 1 délire interprétatif de persécution à type paranoïde

- Deuxième groupe .

- . 5 syndromes schizophréniques
- . 1 éthylique avec troubles cardio-cérébraux

La sélection définitive a lieu après un entretien avec le médecin qui explique les modalités de la cure, ses avantages, ses inconvénients.

Par ailleurs, une ou deux esclaves du groupe sont susceptibles de sortir dans un délai assez bref, d'avoir un effet stimulant :

- . pour elles : maigrir pour sortir
motivations esthétiques
- . pour les autres, qui ont bon espoir de les imiter.

2 - Installations matérielles

Les malades sont logées dans 2 chambres à 3 lits et 1 chambre à 1 lit communiquant entre elles, et formant une unité relativement autonome à l'intérieur du service. Il s'agit d'un service moderne et récemment aménagé.

3 - Les repas

Le groupe prend ses repas à la même table, dans un cadre agréable.

Les modalités du régime sont classiques : hypolipidique et hypoglucidique ; les plats ne sont servis qu'une fois, mais en quantité suffisante.

Les malades se servent elles-mêmes en fonction de leur appétit. Le vin est conservé ; citron, vinaigre et sel de régime essayent d'atténuer le peu de saveur des mets ; les boissons sont en quantité limitée.

La surveillance quant à l'observation du régime est discrète : on fait confiance aux malades. L'importance primordiale du régime est soulignée à chaque occasion et en particulier lors des réunions de groupe.

4 - Les réunions

Elles ont lieu le mardi et le vendredi de chaque semaine. Elles sont un moyen efficace d'étude du groupe et des individus. Médecin-Chef et internes les dirigent alternativement.

5 - Le traitement médical comporte :

- des anorexiantes : PONDERAL, 1 comprimé 1 heure avant les 3 repas;
- des diurétiques : EUNEPHRAN B6, 1 comprimé 1 heure avant les 3 repas, 2 jours par semaine (pour le 1er groupe, nous avons donné de l'EUNEPHRAN simple pendant les 2 premières semaines).
- du POTASSION, 1 comprimé par jour,
- du VITATHION à titre de stimulant, lorsque l'asthénie des malades était trop prononcée.
- le traitement propre à l'affection psychiatrique, conservé intégralement (il s'agissait généralement de neuroleptiques divers, à des doses souvent importantes).

B - LA TROISIEME SERIE OU GROUPE TEMOIN (groupe III)

C'est une série de contrôle, mais il ne s'agit plus d'un groupe au sens psychosociologique

Elle est composée d'une série de malades du même service "Femmes" de l'hôpital psychiatrique, mais vivant dans des pavillons différents de celui où se déroule la cure des 2 premiers groupes.

Ce sont 6 malades, volontaires, qui ont demandé à suivre un traitement amaigrissant : elles demandaient "des pilules pour maigrir".

Elles sont réparties dans 3 pavillons différents, et reçoivent les mêmes médicaments et le même régime que les malades des 2 premiers groupes.

Le traitement correspondant à leur affection psychiatrique est évidemment conservé.

Les troubles psychiatriques dont elles souffrent sont :

- 2 états délirants
- 1 syndrome schizophrénique
- 1 débilité avec quelques troubles caractériels
- 1 comitialité avec quelques troubles du comportement
- 1 méningo-encéphalite syphilitique stabilisée avec détérioration mentale

Elles ne reçoivent aucune aide psychothérapique spéciale. Seuls quelques conseils leur sont donnés en début de cure : importance du régime, effet accessoire du médicament.

Elles ne participent pas aux réunions de groupe dont elles ignorent en principe l'existence.

Le personnel infirmier se contente de relever les poids une fois par semaine.

Toutes ces malades ont la possibilité de quitter la cure quand elles le désirent.

Critères de fin de cure.

Quel que soit le groupe étudié, il était impossible d'atteindre un poids idéal : pour des raisons de temps et de possibilités physiques (âge, obésité ancienne).

La durée de la cure a donc été variable (cf. observations) ; cependant, le temps moyen nécessaire allait d'un minimum de 7 semaines à un maximum de 16 semaines, ceci pour les 2 premiers groupes. En ce qui concerne le groupe de contrôle, la cure a duré 9 semaines.

D'une façon générale, nous avons arrêté la cure (quel que soit le groupe étudié), lorsque l'on obtenait :

- amélioration physique (sensation de mieux-être, esthétique améliorée) ;
- résultats stagnants, apparition d'une certaine lassitude, désir de terminer, écarts de régime plus fréquents, indifférence croissante.

Pour certaines, un poids satisfaisant était rapidement obtenu, pour d'autres, la cure a dû être prolongée de 2 ou 3 semaines, ce qui explique les différences de temps nécessaires d'une malade à une autre.

Enfin, nous avons tenu compte des facteurs psycho-pathologiques susceptibles de modifier ou d'interrompre le déroulement de la cure.

- III -

OBSERVATIONS

Dans ce chapitre , nous rapportons :

I - Les observations des malades

- des groupes I et II (groupes d'étude)
- du groupe témoin (groupe III)

II - Les tableaux :

- des examens biologiques avant et pendant la cure,
- des mensurations en cm
- des variations pondérales pendant la cure, concernant les malades des groupes I et II. Nous n'avons pas pratiqué d'examens systématiques sur les malades du groupe III.

Pour le calcul des pourcentages d'excès de poids, nous prendrons pour base la classification de BROCA :

$$P = T - 100$$

oOo

PREMIER GROUPE (Gr. I)

(7 malades)

N° I (Gr. I)Mme B. .. Marie-Louise, 49 ans.

. Madame B... qui présente un fond d'hypomanie constitutionnelle, est à l'hôpital pour la deuxième fois.

. C'est en 1961 que Mme B..., qui est d'origine modeste et a eu 7 enfants, a été hospitalisée pour un état hypomaniaque avec euphorie et logorrhée sans doute aggravé par des ennuis conjugaux (Elle est séparée de son mari depuis 1962).

En 1962, après une sortie de quelques semaines, elle doit réintégrer le service pour une bouffée d'excitation psychique avec interprétations délirantes et réactions bruyantes et anti-sociales.

. Joviale et d'allure négligée, elle pèse 86 kg pour 1,53 m soit un excédent de poids de 37 %. Elle aurait toujours été de corpulence assez forte.

En 1959, elle a été opérée d'une lithiase vésiculaire, et depuis 1962 souffre d'une dysménorrhée en rapport avec la préménopause. A l'époque de la cure, elle est en bonne santé.

. Son optimisme naturel lui fait envisager la cure sous d'heureux auspices. On envisage pour elle un départ prochain, et elle espère tirer de sa cure une amélioration, tant sur le plan esthétique que sur le plan santé.

. Son attitude vis-à-vis de la cure se caractérise par une confiance solide dans les résultats. Au début elle prétend même restreindre encore son régime ; mais son poids ne chute qu'avec lenteur car malgré ses protestations de bonne foi elle fait de nombreux écarts de régime, ses activités extérieures au service le lui permettant facilement. Elle devra être intégrée au deuxième groupe et recevra pendant les dernières semaines des extraits thyroïdiens, sans grand succès d'ailleurs.

Cependant, nous avons pu observer quelques progrès d'ordre esthétique surtout : présentation plus soignée (vêtements , coiffure); achats d'habits, etc...

. Au bout de 14 semaines (98 jours), elle quitte la cure et peu après l'hôpital :

Elle est stabilisée sur le plan psychique, et pleine de bonnes résolutions ; elle pèse 76 kg , excédent réduit de 7 %.

Le pronostic lointain quant à l'obésité paraît incertain : très optimiste et ayant tendance à minimiser les difficultés, cette malade dont nous n'avons pas de nouvelles risque fort de retrouver des satisfactions orales excessives.

N° 2 (Gr I)

Melle CH... Marie, 35 ans .

. Infanticide et débile mentale, elle est internée depuis 1956.

. D'origine paysanne pauvre, elle va à l'école jusqu'à 16 ans. Célibataire, elle a eu 5 enfants (dont 2 sont morts), après de nombreuses liaisons.

Ses antécédents sont chargés :

- père alcoolique décédé en hôpital psychiatrique,
- deux soeurs débiles,
- deux autres soeurs décédées à 11 ans et 10 jours.

. Traitements psychiatriques :

- avant la cure : théralène et largactil
- pendant la cure : "

Par ailleurs, les examens complémentaires pratiqués en cours d'hospitalisation sont sensiblement normaux.

. L'obésité de Melle CH... est importante, 89 kg soit un excédent de + 51 % , pour 1,43 m.

C'est une obésité de surcharge, acquise depuis l'hospitalisation, le poids de la malade étant au début d'environ 57 kg . Les antécédents familiaux d'obésité sont imprécis. L'état général est satisfaisant, et il ne semble pas y avoir de perturbations importantes du fonctionnement endocrinien.

. Cette cure satisfait Melle CH... son obésité la gêne un peu et perdre quelques kilos lui permettrait plus d'aisance dans ses activités . Ses tentatives pour maigrir (indépendamment de toute aide médicale), n'avaient jusqu'ici guère été couronnées de succès.

. Son attitude devant la cure est intéressante :

- Particulièrement optimiste au début, elle se réjouit d'être dans un cadre agréable, entourée par un personnel attentif. Son poids chute régulièrement, sans entraîner de troubles secondaires gênants. Elle tire une certaine vanité de ces résultats, et devient vite le porte-parole du groupe.

Le point culminant de son évolution se traduit par une période d'euphorie, durant laquelle de nouvelles gratifications la comblent suffisamment : elle sort parfois en ville avec l'une de ses soeurs, et manifeste le désir de voir son fils ; elle fait même pour lui quelques achats.

- Puis peu à peu, elle fait des écarts de régime, et s'en vante même devant le médecin, dans une sorte de provocation. Elle s'installe ainsi dans une phase de labilité durant laquelle elle passe par des périodes d'excitation euphorique alternant avec des crises de cafard pour des motifs futiles. Elle parle tantôt de cesser la cure, tantôt de continuer.

Intégrée au 2e groupe, elle a toujours une attitude très versatile, puis elle cesse la cure au bout de 119 jours (17 semaines) Elle pèse 73 kg, son excédent de poids est réduit de 10 % (-17 kg)

. Réintégrée dans le pavillon où elle vivait avant la cure, elle passe alors par une période de surexcitation anxieuse, qui avait commencé de se manifester pendant les derniers jours de la cure, et qui se poursuit pendant quelques semaines jusqu'à un nouvel état d'équilibre.

Par ailleurs, sa courbe de poids n'a absolument pas été modifiée par ces diverses phases psychiques.

. Se maintenant depuis plusieurs mois aux alentours de 73 kg (-17 kg), Melle CH. fait partie de ces malades dont la stabilité pondérale récemment acquise dépend de l'utilisation presque indéfiniment poursuivie du transfert positif malade-médecin établi au cours de la cure.

N° 3 (C...)

Mme Cl... Lucienne, 31 ans.

Hospitalisée sous le diagnostic de schizophrénie paranoïde, Mme Cl... est actuellement stabilisée. Au début de la cure une sortie définitive est envisagée.

Fille unique, mariée en 1956, elle a une fille depuis 1958.

C'est peu après cette naissance qu'apparaît un délire de persécution soigné en clinique par électrochocs et insuline. Depuis, la malade évolue par améliorations et rechutes successives ; actuellement, elle en est à son troisième séjour en hôpital psychiatrique.

Traitements :

- avant la cure : sakel (prise de poids importante)

- pendant la cure : nozinan 3 x 50 mg
heptamyl 1 comp.

Les examens para-cliniques sont sensiblement normaux.

Mme Cl... pèse 76 kg pour 1,62 m. (+ 18 %). Son obésité est assez harmonieuse, entraînant un léger essoufflement. Aucun autre trouble n'est à signaler.

Assez coquette, Mme Cl... pense retirer de cette cure une amélioration esthétique, et l'opinion de ses proches (mari et fille) à ce sujet lui importe beaucoup.

Tout se passe bien tant sur le plan somatique que biologique : le cadre agréable du service l'influence favorablement. Elle apprécie l'aide qu'on lui apporte dans ses efforts. Des tentatives isolées, avant son mariage, s'étaient soldées par des échecs : "je voulais aller danser..." dit-elle. Elle semble parfois résignée à être "forte" car dans la famille de son père on note des antécédents d'obésité. Par ailleurs l'architecture générale de Mme Cl... ne semble pas la prédisposer à une ligne particulièrement gracile.

Cependant, sa coopération est bonne. Elle explique son embonpoint par une compensation aux frustrations alimentaires de la dernière guerre : "après, on a mangé davantage...". Son augmentation de poids coïncide avec sa grossesse et aussi avec le début de sa maladie.

Elle déclare qu'après son entrée à l'hôpital elle s'est "rabattue sur la nourriture", et a un système d'explications plus ou moins aberrantes sur l'état de l'estomac lorsqu'il est vide : "sensation d'estomac ouvert..."

En même temps qu'elle maigrit, ses préoccupations esthétiques sont plus importantes, et dit-elle, sa fille ne l'appellera plus "grosse dondon". Bien que satisfaite de cette évolution, il lui arrive parfois d'exprimer cette peur de maigrir que ressent parfois l'obèse.

. Lorsqu'elle cesse la cure, elle a perdu 9 kg soit -11,4 %. Son état psychique le permettant, elle quitte l'hôpital.

. Il semble que depuis sa sortie Mme Cl... ait repris du poids, n'ayant peut-être pas retrouvé à l'extérieur des compensations qui l'avaient aidée à l'hôpital.

N° 1 (Gr. I)

Mlle D... Marie-Antoinette , 28 ans.

Sur un fond de débilité mentale, cette malade a présenté un déire hallucinatoire à thèmes de persécution. Hospitalisée dans le service depuis 1961, elle a été également soignée à Lyon et à l'hôpital d'Aix-les-Bains.

D'origine sociale pauvre, elle a des antécédents chargés : père sans doute alcoolique et décédé d'une tuberculose pulmonaire, une tante qui souffre de troubles psychiques.

. Traitements :

- avant et pendant la cure : halopéridol XX gouttes
terfluzine 10 mg x 5
artane
binotal - néosynéphrine : 40 gouttes

. Mlle D... pèse 62 kg pour 1,48 m. (+ 22 %). Elle est déjà déformée par son obésité, et s'habille proprement mais sans goût.

En assez bonne santé, elle présente à la radio une opacité claviculaire droite due à un gros nodule paraissant calcifié. Par ailleurs, son fonctionnement ovarien laisse à désirer : actuellement ses règles sont très irrégulières et pendant longtemps elle a présenté une aménorrhée persistante.

. Pour elle, la cure est peut-être un moyen d'obtenir plus rapidement la sortie dont elle rêve.

. La cure se déroule sans troubles secondaires notables.

Sur le plan psychologique, Mlle D... se caractérise par son extrême passivité. Elle doit sans cesse être stimulée et calque son attitude sur celle de ses compagnes. Très dépendante elle n'est guère capable d'initiatives personnelles. Elle est séduite par le cadre agréable du service et très satisfaite d'être l'objet d'une attention.

Après 12 semaines de cure, elle a perdu 9 kg soit - 13 %.

Les résultats ne sont pas parfaits, cependant 8 mois après la cure, elle n'a repris que 1 kg, et prête une certaine attention à son alimentation.

N° 5 (Gr. I)

Mme J. Marcelle, 55 ans.

. Présentant un délire interprétatif de persécution de type paranoïde , avec insomnies et troubles du comportement, elle est actuellement stabilisée.

. Hospitalisée depuis 1959, elle était employée de bureau, mariée, elle a trois enfants.

Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques, mais elle a été très éprouvée par les événements de la guerre de 39-40 (réfugiée), et par la maladie de son mari soigné dans le même hôpital depuis 1952.

. Traitements :

- avant la cure : électrochocs, insuline, cure de sommeil, nozinan,
- pendant la cure : Nembutal 120 I comp.
Noludar 1 comp.
Melleril 50 x 1 comp.

. Mme J. . pèse 73 kg pour 1,58 m (+ 20 %). Cet excès de poids est réparti de façon assez harmonieuse et assez bien supporté; Mme J... est ménopausée, on note dans ses antécédents : une arthrose vertébrale en 1946, une lithiase rénale droite et une pyélonéphrite en 1950.

. De sa cure, elle attend une amélioration esthétique et un mieux être physique.

. Très coopérante, elle suit son régime avec bonne volonté. Plus intelligente que ses compagnes, elle s'occupe de la bibliothèque médicale et saisit mieux qu'elles les difficultés qu'elle rencontre. Son intégration au groupe s'est faite sans difficulté, mais elle est peu communicative et souffre parfois de la cohabitation nécessaire. Recherchant les causes de son obésité, elle pense que c'est surtout l'ennui et la ménopause. Elle appréhende la période de post-cure, car dit-elle, il faudra alors un gros effort personnel. Enfin, elle est très sensible à l'opinion d'autrui, de ses proches surtout, en ce qui concerne son obésité.

. Elle cesse la cure après avoir perdu 10 kg (-14%) en 12 semaines. Son état psychique n'a pas été perturbé.

. Huit mois après, elle pèse encore 66 kg ; elle a donc repris 3 kg . Cependant elle s'efforce d'appliquer les principes qu'on lui a inculqués. "C'est difficile" dit-elle.

N° 3 (Gr. I)

Mlle Suzanne L... 29 ans.

. Sur un fond de débilite mentale légère, Mlle L... a présenté un syndrome schizophrénique avec des idées interprétatives.

. Actuellement stabilisée, Suzanne L... qui est d'origine sociale pauvre, a été élevée par sa mère puis par sa grand-mère. Enceinte, elle est abandonnée et ses troubles apparaissent peu après la naissance de son fils. Celui-ci est actuellement âgé de 4 ans.

Dans ses antécédents on note :

- un frère alcoolique décédé récemment après 29 ans d'hôpital psychiatrique,
- une soeur, infirme de naissance, décédée en hôpital psychiatrique,
- un frère marié qui serait "nerveux".

. Traitements :

- avant la cure : Terfluzine

Artane

Electrochocs

Cure de Sakel

- pendant la cure : Terfluzine 10 : 3 x 1

Melleril 60 gouttes

Binocet

correcteurs.

. D'allure assez jeune, Suzanne L. présente une obésité relativement harmonieuse, de surcharge, diffuse. Elle pèse 75 kg pour 1,56 m. (+ 25 %).

. Assez passive, elle semble indifférente aux résultats futurs. De tout temps, même avant son hospitalisation en 1962, ses préoccupations orales ont été importantes : "Je mangeais, je ne pouvais pas m'en empêcher..." Elle reconnaît cependant qu'elle peut tirer de cette cure des avantages tant sur le plan esthétique que sur le plan santé.

. Au début de la cure qui se déroulera sans incidents notables, elle est très passive, avec quelquefois des récriminations : "on m'a influencé..." L'effet des anorexiques l'étonne : "je ne sais plus si j'ai mangé ou pas mangé". Elle est surprise et désorientée parce qu'elle n'engouffre plus d'énormes quantités de nourriture, et elle fait quelques écarts de régime.

Les résultats aidant, elle est plus satisfaite. Elle s'habille mieux, se maquille, et manifeste le désir d'aller voir sa famille et son fils. Elle ironise même sur son état antérieur : "je devais être chouette !..."

. Elle cesse sa cure au bout de 7 semaines et a perdu 10 kg (-12 %). Son état psychique paraît amélioré, elle a une activité régulière, et sort pour voir son fils.

. Huit mois après, Suzanne L.. se maintient toujours autour de 64 kg, et semble avoir réduit son activité orale. Cependant on peut se demander ce que deviendrait cette amélioration si cette malade se trouvait vraiment livrée à elle-même.

N° 1 (Or.)

Mme R. ... Antoinette, 58 ans.

. De tendance anxieuse, Mme R... a été hospitalisée pour une poussée dépressive.

En 1959, elle avait été soignée à l'hôpital général pour un petit état d'excitation psychomotrice, et une seconde fois en 1962.

. Elle est veuve depuis 1956, son mari s'étant suicidé. Elle vit avec le plus jeune de ses 3 fils.

. Traitements :

- avant la cure : Melleril 10 1 comp.
Citrate de lithium 1 comp.
Nembutal 100 1 comp.

- pendant la cure : Melleril 50 x 2
Nembutal 100 : 1 capsule
Nozinan 50 1 comp.

. Physiquement, Mme R. .. pèse 71 kg et mesure 1,57 m soit un excès de poids de + 19 %. Cette surcharge pondérale est assez bien répartie, et n'entraîne pas de troubles graves. Mme R... se plaint seulement d'un léger essoufflement à l'effort. Elle n'a aucun antécédent familial d'obésité. Elle est ménopausée.

. Pour elle, la cure paraît un moyen d'améliorer sa santé et de supprimer l'essoufflement qui la gêne. Peut être sa sortie en sera-t-elle aussi facilitée.

. La cure se déroulera sans incidents, tant sur le plan somatique que biologique. Pendant les premières semaines elle ressent une légère fatigue qui l'inquiète un peu.

Son tempérament inquiet lui fait montrer quelque appréhension devant son amaigrissement. Elle manifeste parfois l'intention de quitter la cure et fait quelques petits écarts de régime.

Cependant, elle reconnaît qu'elle se sent mieux : "on est plus dégagé.... cette cure a été salutaire...."

. Elle cesse sa cure au bout de 7 semaines. Elle pèse 61 kg (-10 Kg et -7%), et pense avec raison avoir amélioré sa santé.

. Quelques semaines après sa cure, elle sort de l'hôpital. Son poids est alors stabilisé à 62 kg. Mais depuis cette sortie, cette malade a repris du poids. Il semble que les conditions de vie à l'extérieur n'aient pas été très favorables : absence de travail et isolement. L'équilibre obtenu n'a pas résisté à de nouvelles conditions de vie.

DEUXIEME GROUPE (Gr. II)

(6 malades)

N° 1 (Gr. II)Mme B. Jeanne, 32 ans.

. Alcoolique névrotique avec troubles caractériels. Elle est hospitalisée depuis février 1964. Elle a déjà été soignée dans le service en avril-mai 1963.

. Mariée, cultivatrice, elle a des habitudes d'intempérance anciennes, ayant déjà été hospitalisée en 1962. Par ailleurs, ses troubles sont aggravés par des problèmes conjugaux d'ordre sexuel. Parmi ses antécédents, on relève une certaine tendance éthylique chez sa mère.

. Très butée depuis son hospitalisation, elle désire fortement retourner chez elle, son attitude à l'hôpital se caractérise par des troubles du comportement névrotiques : larcins compensateurs (argents, objets), et quelques tendances perverses sado-masochistes.

. Traitements :

- avant et pendant la cure : TTT B3 B4, Icom.
Neuleptil, 10 gouttes

. L'obésité de Mme B... est assez importante, diffuse, 78 kg pour 1,48 m soit un excès de +38 %. Elle est assez bien supportée. Notons que les règles irrégulières depuis 4 ans, ont cessé peu avant la cure.

. Si elle accepte la cure, il semble que ce soit afin d'influencer favorablement le médecin pour une sortie ultérieure.

Pendant les premiers jours, sa coopération est assez bonne le cadre nouveau et la perspective d'un départ prochain l'encouragent. Quelques petits troubles digestifs marquent le début de la cure.

Mais rapidement ses bonnes dispositions sont remplacées par une opposition larvée : nombreux petits écarts de régime, allure de plus en plus négligée, revendications fréquentes.

Les résultats piétinent malgré l'adjonction à son traitement d'extraits thyroïdiens.

. Après 78 jours de cure, elle a perdu 7 kgs soit un excès de poids réduit de 6 %.

. Etant donné les dispositions caractérielles de cette malade, le pronostic concernant son obésité est pessimiste.

N° 2 (Gr. II)

Mme D. Jacqueline , 31 ans.

. Présentant des troubles à caractère schizophrénique sur un fond de débilité mentale, Mme D. . a été hospitalisée en 1957. Elle est actuellement stabilisée, mais sa réadaptation sociale paraît difficile.

. Mariée, ayant une filles, elle était dès avant son mariage, assez irritable et a fait 2 fugues pendant son mariage.

Dans ses antécédents, on relève des tendances éthyliques certaines chez sa mère (décédée) et chez son père. Sa soeur âgée de 26 ans souffrait de "troubles nerveux". Cinq frères et soeurs seraient morts en bas âge.

. Traitements psychiatriques

- avant la cure : Insuline, Largactil
Gardénal, Electrochocs
Tofranil, Nozinan
Correcteurs
- pendant la cure : Nozinan 150 mg
Halopéridol XX gouttes
Gardénal,
Correcteurs

. Mme D... pèse 61 kg pour 1,45 m (+26 %) . Cet excédent de poids est bien réparti et supporté sans troubles secondaires. Sa présentation est correcte.

. Pour elle, les motivations de sa décision de maigrir sont surtout d'ordre esthétique "pour la ligne", mais ceci étant conçu de façon assez déréelle comme tout ce qui marque sa pensée schizophrénique.

. Physiquement, l'amaigrissement est bien supporté, mais la coopération de Mme D... est limitée. Tout au long de la cure, nous nous sommes trouvés en face d'une malade extrêmement passive, paraissant même indifférente, quoique souriante d'une façon stéréotypée.

Les seules compensations esthétiques lui paraissaient être tout l'intérêt de la cure.

. Au bout de 8 semaines, elle quittait la cure après avoir perdu 8 kg. (-16%).

. Plusieurs mois après la cure, cette malade a repris 5 Kg sa personnalité infantile s'est révélée relativement imperméable à l'aide qu'on lui a apportée, et elle retrouve des habitudes orales fortement enracinées.

N° 3 (Gr. II)

Melle D... Germaine, 43 ans.

. Schizophrène paranoïde stabilisée, Melle D... est à l'hôpital depuis près de vingt ans. Ses troubles ayant débuté quelques années auparavant sous forme d'un tableau d'allure dépressive.

. Célibataire, elle n'a pas d'antécédents psychiatriques héréditaires ou familiaux.

. Traitements :

- avant et pendant la cure : Largactil
Heptamyl

. Solidement charpentée, Melle D.. présente une obésité assez harmonieuse et bien supportée.

Elle pèse 82 kg pour I, 62 m. soit un excès de + 24 % .

. Peu expansive, elle ne fait guère de commentaires, mais suit attentivement sa courbe de poids ; de sa cure, elle attend surtout une amélioration esthétique.

. Tout se passe sans incidents, Melle D.. reste le plus souvent muette lors des réunions, mais son poids chute régulièrement. Elle semble s'orienter vers des compensations d'ordre esthétique, se maquille, sort en ville, fait des achats. Mais elle n'a pas de projets d'avenir, et souhaite revenir dans son ancien service : "on a ses habitudes..." dit-elle.

. En 49 jours elle perd 13 kg soit -14 % d'excès.

. Plusieurs mois après la cure elle a encore perdu 2 kg, le pronostic semble bon, peut-être en raison de la dépendance de cette maladie très enracinée à l'hôpital.

N° 4 (Gr. II)

Melle M. Paulette, 60 ans.

. Il s'agit d'une schizophrénie ancienne et stabilisée.

. Célibataire, Melle M... est hospitalisée depuis 1931, et sa longue hospitalisation fait qu'elle est très ancrée dans ses habitudes.

. Son traitement psychiatrique est :

- avant et pendant la cure : Largactil 150 mg
Nozinan 25 2 comp.
Gardénal 0,05 1 comp.

. Ménopausée, elle présente une obésité diffuse bien supportée et lentement acquise au cours des années. Elle pèse 73 kg pour 1,57 m soit un excédent de 21 %.

. Elle veut maigrir parce qu'elle se trouve trop grosse.

. Très docile, elle fait tout ce qu'on lui commande, Elle est surtout préoccupée par des questions esthétiques, d'une façon très narcissique. C'est une vieille petite fille, très passive et dépendante qui sort régulièrement chez sa mère et à cette occasion se coiffe et se maquille soigneusement.

Pendant la cure, elle ne pensait qu'à retourner dans son ancien service pour y reprendre ses habitudes. Il nous avait semblé que dans ces conditions, elle retournerait sans doute rapidement aux gratifications orales qui lui étaient habituelles.

. Après 157 jours de cure, elle avait perdu 13,5 kg donc un excédent réduit de 17 %.

. Plusieurs mois après, le bilan est encore très satisfaisant (-11 kg). Chez elle aussi, le succès semble avoir été obtenu à cause de sa dépendance extrême et constante à l'égard du personnel infirmier, des médecins, et des règlements hospitaliers.

N° 5 (Gr. II)

Mme M... Eugénie, 51 ans.

. Elle présente un syndrome schizophrénique avec dissociation assez avancée, et actuellement stabilisé.

. Mariée et coiffeuse de son métier, elle a une fille également mariée.

. Ses troubles ont commencé il y a vingt ans, pendant l'absence de son mari fait prisonnier. Après plusieurs séjours à l'hôpital général, elle est hospitalisée depuis 1948 à l'hôpital psychiatrique.

. Traitements :

- avant la cure : Electrochocs, insuline
abcès de fixation.
- pendant la cure : Nozinan 100 mg
Heptamyl 1 comp.

. D'allure maniérée, Mme M.. pèse 75 kg pour 1,60 m il s'agit donc plus d'un excès de poids que d'une obésité vraie.

. Elle est bien disposée à l'égard de cette cure, mais assez sceptique quant aux résultats, car dit-elle "à cause de mon intestin paresseux, je ne peux pas maigrir".

. Dès les premiers jours, elle se plaint de légers malaises (maux de tête, vertiges), qui disparaîtront par la suite.

Assez dissociée, elle est préoccupée par son transit intestinal, son amaigrissement "malgré une constipation qui dure depuis 11 ans "la surprend un peu. Le contact avec elle est superficiel. Elle est séduite par le cadre agréable du service et semble avoir des contacts meilleurs avec ses compagnes. A plusieurs reprises elle sort en ville avec deux autres malades en cure, mais elle n'envisage pas un départ dans sa famille ; cette hypothèse qui lui est suggérée la surprend, mais par la suite elle la reprend et se montre affligée lorsque sa famille, peu compréhensive, multiplie les obstacles.

. Après avoir perdu 7 kg en 91 jours (13 sem), donc une réduction d'excédent de 9 %, elle manifeste le désir de continuer seule la cure (ses camarades ayant cessé). Mais il s'agissait surtout pour elle de rester le plus longtemps possible dans ce service qui lui plaît, et au bout de quelques jours, elle abandonnait.

. Plusieurs mois après la fin de cette cure, elle a repris 2 kg. et à longue échéance, les résultats acquis semblent très fragiles.

N° 6 (Gr. II)

Mme M. Simone, 34 ans.

. Cette malade est une schizophrène au stade post-processuel et bien stabilisée. Elle est d'un niveau fruste , bradypsychique et apathique. Il n'y a pas de thèmes délirants.

. Née à Oran, mariée en 1948, elle a 3 enfants. C'est en 1951 que débutent ses troubles, et elle est alors hospitalisée à Blida puis Oran. Rapatriée en France en 1962, elle est soignée à Rennes et depuis décembre 1963 à l'hôpital psychiatrique de Clermont-Fer-rand.

. Traitements reçus : Nozinan 75 mg

. Mesurant 1,54 m., Mme M... pèse 66 kgs (+ 18 %). Elle dit avoir été beaucoup plus grosse : en Algérie elle aurait atteint 95 kg au cours de ses hospitalisations. A Rennes elle pesait 85 kg et suivait un régime prescrit par le médecin. Elle est en bonne santé mais a un cycle ovarien irrégulier.

. Elle accepte la cure seulement "pour sa ligne".

. Elle éprouve quelques légers malaises au début. Très docile, elle travaille régulièrement dans le service, souriante, elle se montre souvent apathique lors des réunions.

Progressivement apparaissent quelques compensations d'ordre esthétique : nouvelles robes, maquillage. Elle aimerait sortir, et attend avec impatience la visite de sa famille.

. Elle cesse la cure après 13 semaines (91 jours) et a perdu 9 kg (-12 %)

. Depuis , elle a repris 3 kg, et les résultats acquis tant sur le plan physique que sur le plan psychologique paraissent assez fragiles.

GROUPE TEMOIN (Gr. III)

(6 malades)

N° 1 (Gr. III)Mme L... Marie, 37 ans.

C'est une malade délirante, qui a fait plusieurs tentatives de suicide.

Elle est hospitalisée depuis 1955.

. Traitements :

- avant et pendant la cure = Nozinan 25 x 2
Largactil 25 x 6
Heptamyl 2 comp.

Sans réactions pendant les premières semaines, elle finit par protester contre la sévérité du régime et "ce docteur qui veut l'empêcher de manger du pain et la faire mourir de faim". Elle fait de nombreux écarts de régime, et son poids ne chute qu'avec lenteur.

Début de la cure le 20 mai 64 - poids : 78 kg

Fin de la cure le 7 juillet 64 - poids : 76,3 kg

Donc en 49 jours (7 semaines) : 2,7 kg

N° 2 (Gr. III)Mme S... Lucie, 39 ans.Syndrome schizophrénique stabilisé.

Elle est hospitalisée depuis 1947.

Traitements avant et pendant la cure : Nozinan 25 x 4
Heptamyl 1 comp.

Elle n'a aucune réaction vis à vis de la cure, et suit le régime à contre coeur.

Début de la cure le 20 mai 64, poids 68 kg

Fin de la cure le 7 juillet 64, poids 65,3 Kg

Donc en 49 jours : - 2,7 kg

N° 3 (Gr. III)

Mme L... Andrée, 58 ans.

Délire paraphrénique avec thèmes de persécution, de grandeur, et troubles du comportement.

Elle est hospitalisée depuis 1960.

Traitement : avant et pendant la cure : Nozinan 25 x 2
Halopéridol 20 gouttes

Passés les premiers jours, Mme L... ne montre plus aucun intérêt pour son poids. Elle suit mal son régime et comme les autres malades, essaye d'avoir des suppléments.

Début de la cure le 20 mai 64, poids 70 kg

Fin de la cure le 7 juillet 64, poids 67,6 kg

Donc en 49 jours : - 2,4 kg

N° 4 (Gr. III)

Mme L... Odette, 44 ans.

Débile avec des troubles caractériels.

Elle est hospitalisée depuis 1951.

Traitement : avant et pendant la cure : Melleril

Très désireuse de maigrir, elle appréhende un peu le régime. Rapidement, sa bonne volonté disparaît, son amaigrissement qui est assez important dès la première semaine (-4,5 kg) semble lui faire peur. Elle demande de cesser la cure et se prétend fatiguée.

Début de la cure le 20 mai 64 , poids 75,5 kg

Fin de la cure le 8 juin 64 , poids 69,8 kg

Donc en 24 jours : - 5,7 kg

N° 5 (Gr. III)

Mme A... Luc. 49 ans.

Comitiale avec troubles du caractère et syndrome délirant, elle est actuellement stabilisée.

Elle est hospitalisée depuis 1925 .

Traitement : avant et pendant la cure : Gardénal O, 20 I comp
Equanil 3 comp.
Nozinan 25 x 3

Bien que volontaire pour suivre cette cure, elle la redoute aussi un peu. Dès les premiers jours, elle se sent frustrée par rapport aux autres, mais une perte de poids de 2 kg pendant la Ire semaine, la console un peu. Par la suite, les résultats sont beaucoup moins rapides, elle revendique, fait des écarts de régime.

Au début de la cure, elle pesait : 78,5 kg

Fin de la cure le 7 juillet 64 : 74 kg

Donc : -4,5 kg en 91 jours (13 semaines).

N° 6 (Gr. III)

Mme G. Claudette, 39 ans .

Méningoencéphalite syphilitique stabilisée avec détérioration mentale.

Elle a été hospitalisée en 1947.

Traitement : avant et pendant la cure : Largactil 200 gouttes

Extrêmement passive, elle n'a aucune réaction tout au long de la cure.

Début de la cure le 20 mai 64 , poids 58,5 kg

Fin de la cure le 13 juillet 64 , poids 54 kg

Donc : - 4,5 kg en 49 jours (7 semaines)

Pour résumer, cette expérience contrôle s'est avérée décevante, aucune des malades n'a obtenu de bons résultats. L'effet des diurétiques s'étant atténué, la courbe pondérale est restée en plateau.

RESULTATS DES EXAMENS DANS LE SANG

GROUPE I	Dates	Glycémie	Urée	Cholestérol	Potassium	Sodium	Calcium
Mme B... Marie-Louise Obs. n° 1	27.1.64	0,76 gr/l	0,29 gr/l	2,50 gr/l	98 mg - 2,5 mEq/l	3350 mg - 146 mEq/l	98 mg - 4,9 mEq/l
	21.2.64				140 mg - 3,6 mEq/l	3400 mg - 147 mEq/l	105 mg - 5,25 mEq/l
	10.4.64				125 mg - 3,2 "	3400 mg - 149 "	110 mg - 5,5 "
	29.4.64				121 mg - 3,2 "	3350 mg - 146 "	108 mg - 5,4 "
Melle CH... Marie Obs. n° 2	27.1.64	0,90 gr/l	0,26 gr/l	3,06 gr/l	86 mg - 2,2 mEq/l	3300 mg - 144 mEq/l	100 mg - 5,25 mEq/l
	21.2.64				152 mg - 3,9 "	3400 mg - 149 "	105 mg - 5,25 "
	10.4.64				113 mg - 2,9 "	3450 mg - 151 "	108 mg - 5,4 "
	29.4.64				101 mg - 2,6 "	3500 mg - 153 "	105 mg - 5,25 "
Mme C... Lucienne Obs. n° 3	1.6.64				132 mg - 3,4 "	3450 mg - 150 "	107 mg - 5,35 "
	27.1.64	0,78 gr/l	0,26 gr/l	2,34 gr/l	113 mg - 2,9 mEq/l	3400 mg - 147 mEq/l	94 mg - 4,7 mEq/l
	21.2.64				140 mg - 3,6 "	3400 mg - 147 "	105 mg - 5,25 "
Melle D... Marie-Antoinette Obs. n° 4	27.1.64	0,87 gr/l	0,30 gr/l	3,20 gr/l	98 mg - 2,5 mEq/l	3600 mg - 158 mEq/l	88 mg - 4,4 mEq/l
	21.2.64				136 mg - 3,5 "	3350 mg - 145 "	106 mg - 5,3 "
	10.4.64				125 mg - 3,2 "	3400 mg - 149 "	106 mg - 5,3 "
	1.6.64				148 mg - 3,8 "		
Mme J. Marcelle Obs. n° 5	27.1.64	0,75 gr/l	0,29 gr/l	2,96 gr/l	101 mg - 2,6 mEq/l	3400 mg - 149 mEq/l	91 mg - 4,55 mEq/l
	21.2.64				140 mg - 3,6 "	3400 mg - 149 "	106 mg - 5,3 "
	1.6.64				160 mg - 4,1 "		
Melle L. Suzanne Obs. n° 6	27.1.64	0,84 gr/l	0,29 gr/l	2,50 gr/l	109 mg - 2,8 mEq/l	3350 mg - 145 mEq/l	103 mg - 5,15 mEq/l
	21.2.64				152 mg - 3,9 "	3350 mg - 146 "	110 mg - 5,15 "
	10.4.64				152 mg - 3,9 "	3450 mg - 151 "	109 mg - 5,45 "
	1.6.64				168 mg - 4,3 "		
Mme R... Antoinette Obs. n° 7	27.1.64	0,80 gr/l	0,38 gr/l	2,42 gr/l	121 mg - 3,1 mEq/l	3400 mg - 148 mEq/l	93 mg - 4,65 mEq/l
	21.2.64				148 mg - 3,8 "	3400 mg - 148 mEq/l	106 mg - 5,3 "
	10.4.64				152 mg - 3,9 "	3450 mg - 150 mEq/l	104 mg - 5,2 "
	1.6.64				160 mg - 4,1 "		

GROUPE II

Mme B... Jeanne Obs. n° 1	13.4.64	0,74 gr/l	0,29 gr/l	3,06 gr/l	144 mg - 3,7 mEq/l	3250 mg - 142 mEq/l	107 mg - 5,35 mEq/l
	29.4.64				117 mg - 3 "	3400 mg - 149 "	102 mg - 5,1 "
	27.5.64				211 mg - 5,4 "	3150 mg - 137 "	109 mg - 5,45 "
Mme D... Jacqueline Obs. n° 2	13.4.64	0,80 gr/l	0,26 gr/l	2,14 gr/l	164 mg - 4,2 mEq/l	3350 mg - 145 mEq/l	110 mg - 5,5 mEq/l
	24.4.64				113 mg - 2,9 "	3500 mg - 153 "	100 mg - 5 "
	27.5.64				140 mg - 3,6 "	3400 mg - 147 "	100 mg - 5 "
Melle D... Germaine Obs. n° 3	13.4.64	0,92 gr/l	0,25 gr/l	2,00 gr/l	144 mg - 3,7 mEq/l	3350 mg - 145 mEq/l	100 mg - 5 mEq/l
	29.4.64				105 mg - 2,7 "	3400 mg - 148 "	96 mg - 4,8 "
	27.5.64				117 mg - 2 "	3600 mg - 158 "	89 mg - 4,45 "
Melle M... Paulette Obs. n° 4	13.4.64	0,94 gr/l	0,35 gr/l	2,50 g/l	152 mg - 3,9 mEq/l	3350 mg - 145 mEq/l	108 mg - 5,4 "
	29.4.64				101 mg - 2,6 "	3400 mg - 147 "	104 mg - 5,2 "
	27.5.64				129 mg - 3,3 "	3400 mg - 148 "	102 mg - 5,1 "
Mme M... Eugénie Obs. n° 5	13.4.64	0,86 gr/l	0,30 gr/l	2,34 gr/l	160 mg - 4,1 mEq/l	3300 mg - 143 mEq/l	103 mg - 5,15 mEq/l
	29.4.64				117 mg - 3 "	3350 mg - 145 "	100 mg - 5 "
	27.5.64				140 mg - 3,6 "	3300 mg - 143 "	107 mg - 5,35 "
Mme M... Simone Obs. n° 6	13.4.64	0,96 gr/l	0,14 gr/l	2,48 gr/l	148 mg - 3,8 mEq/l	3300 mg - 143 mEq/l	110 mg - 5,5 mEq/l
	29.4.64				113 mg - 2,9 mEq/l	3350 mg - 146 mEq/l	100 mg - 5 "
	27.5.64				148 mg - 3,8 "	3400 mg - 147 "	102 mg - 5,1 "

L'hypokaliémie constatée, dès avant l'administration de diurétiques, a été également retrouvée dans l'ensemble des malades hospitalisés. Il semble que, avant toute prescription de diurétiques, on puisse mettre en cause les neuroleptiques (25).

Par ailleurs, les recherches dans l'urine du glucose, de l'albumine, de l'actone, se sont avérées normales chez toutes les

MENSURATIONS EN Cms

GROUPE I

Date de début du traitement : 14. 1. 64

Durée du traitement : Minimum 49 jours

Maximum 117 jours

	Date	Poids en kg	% d'excès poids	tour de taille	tour de poitrine	tour de taille
Obs. n° 1	14. 1. 64	86	+ 37 %	100	110	102
Mme Be... Marie-Louise	21. 4. 64	76	+ 30 %	98	106	100
49 ans	98 jours	- 10 kg	- 7 %	- 2	- 4	- 2
14 sem.						
Obs. n° 2	14. 1. 64	89	+ 51 %	104	110	102
Mlle Ch. Marie	21. 4. 64	72	+ 41 %	98	107	100
35 ans	8. 5. 64	72				
117 jours	117 jours	- 17 kg	- 10 %	- 8	- 3	- 7
16 sem.						
Obs. n° 3	14. 1. 64	76	+ 18 %	75	95	
Mme CL. Lucienne	28. 2. 64	67	+ 7 %	70	82	
31 ans	49 jours	- 9	- 11,4 %	- 5	- 7	
1m. 62	7 semaines					
Obs. n° 4	14. 1. 64	62	+ 22 %			
Mme M. Antoinette	10. 4. 64	53	+ 12 %			
27 ans	81 jours	- 9 kg				
1m. 48	13 sem.					
Obs. n° 5	14. 1. 64	73	+ 20 %			
Mme J. Marcelle	10. 4. 64	62	+ 5 %			
48 ans	91 jours	- 11 kg	- 17,5 %			
1m. 58	13 sem.					
Obs. n° 6	14. 1. 64	75				
Mme L. Suzanne	28. 2. 64	65				
29 ans	49 jours	- 10 kg				
1m. 50	7 sem.					
Obs. n° 7	14. 1. 64	71	+ 19 %	79	93	
Mme R. Antoinette	28. 2. 64	61	+ 11 %	75	90	
29 ans	49 jours	- 10 kg	- 7 %	- 4	- 3	
1m. 50	7 sem.					

GROUPE II

Date de début du traitement : 13.4.64

Durée du traitement : Minimum 74 jours (11 sem.)
Maximum 91 jours (13 sem.)

	Date	Poids en kg	% d'excès poids	Tour de taille	tour de poitrine	tour de hanches
Obs. n° 1 Mme B., Jeanne 32 ans 1m,48	13.4.64 26.5.64 74 jours 11 sem.	78 71 - 7 kg	+ 38 % + 32 % - 6 %	93,5 91 - 2,5	110 108 - 2	106 105 - 1
Obs. n° 2 Mme D., Jacqueline 31 ans 1m,45	13.4.64 3.7.64 84 jours 12 sem. 1/2	61 53 - 8 kg	+ 26 % + 15 % - 11 %	78 76 - 2	96 95 - 1	96 95 - 1
Obs. n° 3 Mlle D. Germaine 44 ans 1m,62	13.4.64 3.7.64 84 jours 12 sem. 1/2	82 69 - 13 kg	+ 24 % + 10 % - 14 %	101 99 - 2	109 105 - 4	116 113 - 3
Obs. n° 4 Mlle M. Paulette 60 ans 1m,57	13.4.64 3.7.64 84 jours 12 sem. 1/2	73 59,5 - 13,5 kg	+ 21 % + 4 % - 17 %	92 86 - 6	102 100 - 2	112 109 - 3
Obs. n° 5 Mme M. Eugénie 51 ans 1m,60	13.4.64 10.7.64 91 jours 13 sem.	75 68 - 7 kg	+ 20 % + 11 % - 9 %	89 86 - 4	99 95 - 3	100 100 - 2
Obs. n° 6 Mme M. Simone 34 ans 1m,57	13.4.64 29.5.64 77 jours 11 sem. 1/2	66 58 - 8 kg	+ 18 % + 6 % - 12 %	79 74 - 6	95 91 - 4	97 93 - 4

CHAPITRE IV

ANALYSE DES RESULTATSA - RESULTATS VALABLES POUR 2 GROUPES D'ETUDE- Résultats somatiques :

- Perte de poids rapide au début : les diurétiques agissent et le régime est mieux observé. Puis on note un ralentissement et une adaptation en fonction de chaque tempérament :

- . évolution par palier
- . chute continue
- . clochers suivis de diminution importante.

- La perte de poids moyenne par semaine est de 400 gr environ.

- Au terme de la cure, la perte pondérale moyenne est de :

- . 10,5 kilos pour le premier groupe
- . 9,5 kilos pour le deuxième groupe

La différence est donc minime.

- Ces résultats sont à opposer à ceux du groupe témoin (groupe III), dont la perte pondérale moyenne est de : -3,4 kg, et semble due surtout à l'action des diurétiques.

- Tolérance et incidents somatiques :

D'une façon générale, tout s'est déroulé sans incidents graves.

Le début de la cure a été marqué par quelques petits troubles secondaires : vertiges, sensation de creux à l'estomac, de déroboement des jambes, des variations tensionnelles modérées avec tendance à l'hypotension. Le pondéral donne parfois une impression d'estomac "gonflé" avant même d'avoir mangé.

On note une tendance générale à l'hypersomnie (ceci tout au long de la cure) ; le dicton "qui dort dine" fournit peut-être une explication. Il n'y a pas de troubles digestifs, tandis que sur le plan endocrinologique il ne semble pas y avoir de perturbations notables.

Nous avons constaté une hypokaliémie due certes à l'administration des diurétiques ; mais il nous a paru que son taux était assez bas chez l'ensemble des malades hospitalisés, avant toute prescription de diurétiques : il semble qu'on puisse mettre en cause les neuroleptiques (25).

- Examens biologiques :

Pour chaque malade ont été pratiqués divers examens systématiques avant la cure : azotémie, glycémie, cholestérolémie, glycosurie, acétonurie, albuminurie. Tous se sont avérés normaux chez toutes les malades.

D'autre part, des ionogrammes successifs furent réalisés en cours de cure. L'hypokaliémie ainsi découverte et imparfaitement corrigée par l'administration de potassium, pourrait avoir été favorisée par l'association des neuroleptiques aux diurétiques.

- Attitudes des malades dans la vie quotidienne:

Ces renseignements nous ont été fournis au cours de réunions avec le personnel infirmier, en contact plus étroit avec les malades.

- Toutes ces malades se connaissent plus ou moins ; dans les 2 groupes l'entente est bonne, et surtout dans le premier on note une certaine cohésion, personne ne dénonce sa voisine comme ayant fait un écart de régime par exemple.

Les discussions sont surtout d'ordre alimentaire (ce qu'on mangerait si on n'était pas au régime) , surgissent au cours des repas et surtout en début de traitement.

Ces repas paraissent d'ailleurs suffisants, en qualité comme parfois en quantité.

Il n'y a pas de disputes, ni d'autres manifestations agressives.

- Les activités :

- ce sont celles qu'elles avaient avant la cure : bibliothèque, couture, lingerie, etc....

- au début surtout on remarque une tendance à trainer, à rester au lit ; ceci coïncide avec la fatigue des premiers jours de traitement.

- les loisirs sont identiques : télévision, sorties, cinéma. Ils ont parfois été favorisés et accrus par l'équipe soignante lorsque certaines malades en cure manifestaient le besoin de gratifications compensatrices (sorties en ville plus fréquentes, etc...).

B - RESULTATS PARTICULIERS A CHAQUE GROUPE

A - Premier groupe

. Il y a une différence de comportement selon l'animateur du groupe, lors des réunions :

- avec les internes, la décontraction est plus grande, les malades expriment plus facilement semble-t-il, leurs revendications. Elles avouent plus facilement et parfois spontanément leurs écarts de régime, et parlent parfois d'abandonner la cure;

- avec le médecin, leur attitude est beaucoup moins frondeuse, plus soumise. C'est avec réticence qu'elles avouent leurs entorses au régime. Par contre elles sont plus loquaces dès qu'on aborde le problème des sorties ou même des départs définitifs.

. Cette différence d'attitude a été constante tout au long de la cure. L'inhibition moins grande vis à vis des internes s'explique sans doute par le rôle de la relation transférentielle plus nette avec le chef de service, entraînant une attitude de dépendance et même de soumission. Peut être chez certaines l'aveu presque agressif des écarts de régime, exprimait-il le désir inconscient d'être blâmées et de devoir cesser la cure. D'où la nécessité d'une attitude neutre et bienveillante.

. La labilité des déterminations est également constante chez certaines.

Elles oscillent en permanence entre le désir d'abandonner et de continuer la cure. Ceci se traduit par des périodes d'espoir et de désespoir alternées, qui sont fonction de différents facteurs :

- paroles du médecin
- peur de poids
- altération passagère de l'état général
- encouragements réciproques.

. L'appréhension devant l'amaigrissement est surtout exprimée par les plus anxieuses :

- "ça nuit à ma santé"...
- "ça ne plaira pas à mon mari"
- "ça va me fatiguer... je manque de forces..."

Vers la fin de la cure, les sentiments qu'elles éprouvaient de façon plus ou moins confuse semblent se préciser, expliquant la labilité de leur comportement déjà citée. Perdre du poids leur paraît redoutable à plus d'un titre :

- il faudra quitter le service et disparaîtra une tutelle bienveillante et, somme toute, répondant à leur besoin de protection.
- elles ne seront plus comme des privilégiées dont on s'occupe spécialement.

- la conduite à tenir après la cure les inquiète : comment suivre le régime ? Elles devront affronter leurs difficultés encore accrues par l'absence du calmant nourriture.

Parallèlement elles sont attirées par :

- la possibilité d'un régime enfin libre
- l'éventualité de sorties et même d'un départ définitif.
- le fait qu'elles seront enfin comme les autres.

. Le besoin de gratifications est exprimé en permanence, c'est une attitude fréquente chez tout malade hospitalisé, mais particulièrement accentuée chez l'obèse.

Ainsi les malades du groupe recherchent des gratifications alimentaires avec pour prétexte une fête, un anniversaire...

Ces gratifications qui leur sont déconseillées sont remplacées par un certain nombre de compensations :

- esthétiques : habillement
- maquillage
- silhouette plus agréable

- avis favorable de la famille : enfants, mari.

- marchandages divers : ne pas retourner dans les pavillons antérieurs après la cure par exemple...

- autres bénéfiques compensateurs : sorties par exemple.

. L'apparition d'un leader (Mlle Ch. . .) dans le premier groupe, mais qui a suivi les 2 cures, a permis à toutes les malades d'exposer ces problèmes.

Ce porte-paroles spontané et improvisé en a profité d'ailleurs pour exposer largement ses théories et ses griefs, influençant parfois défavorablement ses camarades.

Il obtiendra les meilleurs résultats quant au nombre de kilos perdus, et plus que les autres sera traumatisé par les conséquences de la cessation de la cure.

Autour de lui s'organiseront les autres éléments du groupe.

Pour conclure :

ce groupe a pris conscience des difficultés à vaincre ; il a dû parfois lutter contre des dérobades plus ou moins conscientes. Ainsi chez certaines malades, nous avons noté, vers la fin de la cure, un ralentissement de la chute de poids ; peut-être ceci traduit-il l'appréhension de quitter le service.

B - Deuxième groupe (II).

Il s'oppose au premier par :

l'importance de sa dégradation mentale
sa passivité

La place de leader fut, au début, occupée par la plus agressive, une malade éthylique avec des troubles caractériels exploitant la cure comme moyen de sortie. Les résultats décevants l'ont rapidement conduite à abandonner la cure et le groupe.

Après son départ, nous nous sommes trouvés devant un groupe amorphe :

- les séances soporifiques se réduisaient à un monologue du médecin ou de l'interne devant un auditoire sommeillant.

- aucune labilité dans les décisions ou les opinions ; on s'abandonne sans discuter.

- aucune différence de comportement devant les médecins ou les internes, la somnolence est de règle.

- le régime est suivi sans gros écarts, et lorsqu'il y en a, il semble que ce soit plus par inconscience que par gourmandise ou par désir délibéré.

- peu de désirs spontanés de contacts avec l'extérieur. Cependant les malades acceptent avec plaisir l'éventualité de sorties limitées (un après-midi par exemple), mais elles ne manifestent pas l'intention de sortir définitivement.

Nous avons cependant suscité quelques compensations d'ordre esthétique, en fin de cure surtout :

- achats de robes
- maquillage
- intérêt pour leur silhouette qu'elles trouvent améliorée.

Mais le besoin de gratifications orales persiste et s'exprime à la moindre occasion : kermesse, sorties.

Les contacts sont assez médiocres et se heurtent à la passivité de l'auditoire. Ils semblent meilleurs avec chaque malade en particulier.

La période de post cure n'est guère un sujet de préoccupation, on n'envisage pas de départ définitif, bien au contraire, certaines manifestent le désir de revenir dans leur ancien service, (sauf 2), pour y retrouver leurs chères habitudes !

Ainsi, apparemment, ce groupe s'est avéré relativement imperméable aux problèmes soulevés. Nous avons vu pourtant que les résultats n'étaient pas très différents de ceux du premier groupe.

C - Le groupe témoin (groupe III).

Il ne s'agit pas d'un groupe psychosociologique puisque les malades étudiées suivaient un traitement amaigrissant individuel et continuaient à vivre dans des pavillons différents.

Sur le plan psychologique, les résultats sont pauvres: après avoir marqué un vif intérêt quand on leur a parlé de maigrir, elles s sont rapidement lassées devant les premières difficultés.

Pour elles, la principale difficulté était de suivre le régime, et elles espéraient beaucoup des médicaments.

Après avoir marqué un certain intérêt aux résultats pendant les 2 ou 3 premières semaines, elles ont vite été accaparées par la vie du service et la routine journalière. Et, le jour de la pesée hebdomadaire, les résultats étaient accueillis avec indifférence.

Enfin, l'annonce de l'arrêt de la cure n'a pas suscité de réactions de satisfaction ou de mécontentement.

Isolées, ces malades n'ont pas réussi à se libérer de leur routine quotidienne, et à vaincre de nouvelles difficultés. A en juger par leur intérêt des premiers jours, une aide psychothérapique soutenue eut été sans doute un appoint efficace.

Notons par exemple, que pendant les premiers jours de cure, était apparu dans le service un certain "climat": les candidates à une cure d'amaigrissement étaient nombreuses, mais leur isolement a eu vite raison de leurs bonnes résolutions.

V.

DISCUSSION

Plus de 6 mois après les deux cures en groupe et les cures individuelles, il est possible de faire un bilan valable de cette expérience de cures d'amaigrissement, chez des malades mentales obèses à l'Hôpital Psychiatrique, en examinant les résultats obtenus dans les deux types de cures.

I. - Concernant les malades ayant vécu les cures en groupe.

A - AU POINT DE VUE DES PERTES PONDERALES :

Les résultats obtenus ne sont pas parfaits. Mais le but recherché était surtout une amélioration esthétique, un mieux être physique avec si possible, des répercussions favorables sur le plan psychologique.

Rappelons donc les résultats globaux obtenus :

- groupe I : perte pondérale moyenne 10,5 kg.

- groupe II : perte pondérale moyenne 9,5 kg.

Dans les deux cas, le minimum obtenu a été de - 7 kg (g I)

le maximum obtenu a été de - 17 kg (g II)

Par ailleurs ces améliorations n'ont entraîné aucun retentissement physique ou biologique défavorable.

Le bilan est donc relativement positif.

B - AU POINT DE VUE PSYCHOLOGIQUE :

. L'attention de toutes a été attirée sur un point dont elles ignoraient ou mesestimaient l'importance : la nourriture et son in-

fluence sur l'obésité, et surtout l'appréciation subjective par chacune de sa propre consommation.

Les résultats obtenus les ont agréablement surprises, et toute augmentation de poids se traduisait par la résolution de "faire attention". Personne n'a jamais demandé une augmentation de ses "comprimés pour maigrir". Il est manifeste que pour toutes celles qui y étaient accessibles, cette information souvent reprise et bien intégrée était une condition majeure de succès.

. En même temps nous avons assisté à une régression progressive des tendances orales.

Mais ce glissement salutaire vers d'autres satisfactions, n'a été possible que chez celles dont la dégradation mentale n'était pas trop grande. Et encore resterait-il à vérifier à long terme que le déplacement des centres d'intérêt n'est pas trop superficiel et fragile.

Certaines malades (Mmes D... Jacqueline, D... Marie Antoinette) semblent ne pas avoir effectué ce déplacement d'intérêt.

Pendant des résultats ont été également bons chez des obèses assez détériorées. Il semble alors qu'il s'agissait de malades très dépendantes généralement enracinées à l'Hôpital psychiatrique, qui guérissaient à la faveur d'un transfert positif dans les relations avec le médecin, ce qui permettrait de rendre tolérable et durable la dévalorisation des gratifications orales.

. Les plus évoluées ont pris conscience des causes de leur obésité. Elles se sont rendues compte que la nourriture était pour elles une compensation :

"parce que je m'ennuie" (Mme J. Marcelle)

"pour se rattraper des restrictions de la guerre... à l'hôpital je me rabattais sur la nourriture..." (Mme C. Lucienne). Et elles éprouvent un sentiment de revalorisation psychosociale qui se traduit par un comportement plus adapté : sorties, achats vestimentaires, maquillages, etc...

L'opinion d'autrui leur importe davantage : Mmes C. Luc..., J. Mar... rapportent avec une certaine fierté que leur famille est satisfaite du changement intervenu.

Enfin, elles ont parfois pris conscience, à la faveur des échanges en groupe, de certaines explications aberrantes quant au fonctionnement de leur organisme, explications qui servaient d'alibi à leurs besoins oraux.

C - CES RESULTATS SONT-ILS DURABLES ?

Après ces 6 mois de recul, nous pensons que :

- chez les malades encore hospitalisées :

sur le plan somatique, les résultats sont encore variables.

Sur l'ensemble des 2 groupes, 9 malades restent encore à l'hôpital :

1 a repris 5 kg

2 ont repris respectivement 3 kg

5 ont repris 1 à 2 kg

1 a même perdu 2 kilos (sans raison pathologique).

Ces gains pondéraux ont généralement été acquis dans la période qui a suivi immédiatement la cure, depuis, toutes semblent stabilisées à ce nouveau poids.

Sur le plan psychologique, elles ont été marquées par cette cure :

les conseils donnés sont encore dans la mémoire de toutes,

elles ont l'impression d'avoir fait une expérience bénéfique et sont prêtes à recommencer si l'indication d'une nouvelle cure se manifestait à l'avenir.

elles ont ressenti au cours de leur séjour en groupe dans le service un sentiment de sécurité et de revalorisation qui a fait défaut à certaines quand elles se sont retrouvées dans des conditions de vie différentes. C'est sans doute ce que Mlle Ch... Marie a éprouvée peu après la fin de sa cure, et ceci s'est traduit par une altération de son comportement (du type bouffée d'excitation anxieuse), qui a regressé par la suite sans que son poids reprenne pour autant une courbe ascensionnelle.

- Chez les malades ayant obtenu leur sortie :

Nous n'avons pas de nouvelles concernant Mmes B... Marie-Louise. Mais les deux autres, Mmes CL... Lucienne et R... Antoinette, ont repris du poids d'une façon plus rapide et plus importante que leurs camarades de cure encore hospitalisées.

Pour terminer,

Cette expérience nous a montré l'intérêt et la signification de la psychothérapie de groupe dans les cures de l'obésité à l'hôpital psychiatrique.

Ainsi, l'utilisation de la dynamique de groupe s'est révélée particulièrement féconde et opportune dans un groupe d'obèses. Nous avons pu mettre en commun et utiliser des matériaux psychologiques qui ne l'auraient jamais été dans d'autres conditions de cure amaigrissante. Le groupe a favorisé un soutien mutuel et même une certaine émulation dont l'effet a été bénéfique.

Enfin il faut souligner en définitive, le rôle semi directif du médecin, à la faveur d'une relation transférentielle positive malade-médecin. Cette constatation nous amène à conclure que la stabilité durable des résultats acquis au cours de la cure, suppose, soit pour les malades chronicisées au point de vue mental et enracinées à l'Hôpital Psychiatrique, l'utilisation presque indéfiniment poursuivie du transfert positif établi au cours de la cure, soit l'analyse curative et le dépassement des besoins de gratifications et compensations orales pour les malades mentales aptes à retourner à une vie normale et à sortir de l'Hôpital Psychiatrique quels que soient les délais de cette sortie.

CONCLUSIONS

. Plus qu'une autre maladie, l'Obésité peut être qualifiée d'affection psychosomatique. Dans le cas que nous avons étudié : le traitement des Obésités de malades mentales à l'hôpital psychiatrique, le thérapeute devra tenir compte de cet aspect psychosomatique de la maladie :

- la personnalité de l'obèse est fragile et soumise à des mécanismes de compensation orale.

- les résistances psychologiques à vaincre sont tenaces.

- la thérapie de groupe semble s'adapter particulièrement bien à la personnalité de ces malades et à la nécessaire évolution de leur situation affective.

. La proportion importante d'obèses (plus de 16 %) dans un service de Femmes de l'hôpital psychiatrique, nous a incité à rechercher une solution pratique et efficace, adaptée à leurs conditions de vie.

. Deux groupes de malades mentales, volontaires et sélectionnées selon certains critères, ont suivi successivement une cure d'amaigrissement appliquant des principes diététiques, médicamenteux, psychosociologiques.

Une série de malades témoins a suivi la cure de façon isolée et sans aide psychothérapique.

Les trois groupes totalisaient 19 malades (respectivement 7, 6, 6), et la durée des cures allait de 49 jours (7 semaines) à 119 jours (17 semaines).

. Sur le plan somatique :

- Les résultats sont bons dans les deux groupes d'étude :

perte pondérale moyenne, respective : - 10,5 kg et
- 9,5 kg.

- Ils sont insignifiants dans la série témoin (cures individuelles) :

perte pondérale moyenne : - 3,4 kg.

- Plus de 6 mois après la cure :

Les résultats sont encore valables pour les malades des deux groupes d'étude, restant encore hospitalisées, puisque les gains pondéraux apparus dans la période qui a suivi immédiatement la cure sont limités (2 kg en moyenne), et n'ont pas varié depuis.

Deux des 3 malades des groupes d'étude, ayant quitté l'hôpital après la cure, auraient repris du poids de façon assez importante. Nous n'avons pas de nouvelles concernant la troisième.

Les malades de la série témoin sont revenues à leur poids antérieur.

. Du point de vue de l'évolution psychologique :

- Les malades ayant suivi la cure en groupe et encore hospitalisées (pour des raisons dues à l'évolution de leur affection mentale et à leur enracinement à l'hôpital psychiatrique), ont été favorisées par le conditionnement collectif et par l'utilisation thérapeutique des phénomènes de dynamique de groupe.

La relative stabilité des résultats montre qu'elles ont pu trouver certaines compensations aux gratifications orales qui leur étaient nécessaires. Ces compensations semblent relever de l'utilisation presque indéfiniment poursuivie du transfert positif malade-médecin établi au cours de la cure :

- Les malades ayant suivi la cure en groupe mais sorties peu après de l'hôpital, semblent demeurer très fragiles, et ne pouvoir maintenir de façon stable les résultats pondéraux acquis que dans la mesure où l'analyse curative et le dépassement des besoins de compensations orales ont été réalisés ; faute de quoi, le risque de retour progressif aux mêmes compensations orales reste probable.

- Enfin, les malades de la série témoin ont essuyé un échec quasi total par carence d'un soutien psychothérapique suffisant.

Les résultats acquis, chez des obèses malades mentales, en utilisant les phénomènes de dynamique de groupe, sont donc très encourageants. Mais ils restent fragiles, et le soutien psychothérapique de l'obèse malade mentale après la cure, nous paraît au moins aussi important que pendant la cure elle-même.

Vu

le 24 décembre 1964

Le Doyen,

R. CUVELIER.

Le 21 décembre 1964

Le Président de Thèse,

M. POROT

Vu et Permis d'imprimer

N° 1/65

Le 4 janvier 1965

Le Recteur,

E. LAPALUS.

BIBLIOGRAPHIE

- Références -

1 - GILBERT DREYFUS

L'obésité paradoxale, maladie psychosomatique.
Presse Médicale - 56 - p. 249-250 - N° 20 - 3 avril 1948.

2 - DECOURT

Facteurs psychiques et obésités
Presse Médicale N° 28 - P. 348 - année 1948.

3 - BRAM I.

Philadelphie. Facteurs psychiques et obésité.
Observation portant sur plus de 1 000 cas.
Presse Médicale, 59, n° 50, p. 1050 année 1951.
(d'après les Archives of Pediatrics) vol. 67, n° 12,
déc. 1950).

4 - GILBERT DREYFUS et HELD

A propos des Obésités
Rev. de Psychanalyse, 28, n° 2, 633-639 janv. fév. 1958.

5 - PACHE D.

Sur la psychopathologie de l'Obésité (à propos de 2 observations).
Annales Médico-Psychologiques, p. 375, n° 2, juillet 1961.

6 - GILBERT DREYFUS

A propos de quelques cas d'Obésité, réflexions cliniques.

et

7 - KLOTZ :

A propos des Obésités d'origine psychosomatique.
Annales Médico Psychologiques T II., 516-517, n° 3
octobre 1957.

- 8 - ABELY P., RONDEPIERRE M., GELLEMAN Ch. :
A propos des maladies de l'appétit : les hyperorexies féminines pathologiques et leur fréquente évolution vers la toxicomanie. Leur apparition et leurs quelques points communs avec l'anorexie mentale. Leur thérapeutique. Annales Médico-psychologiques, T I, p. 115-127, n° 1 janv. 61.
- 9 - HERMANN - DEULER C.B. et RAJOTTE P. :
La communauté thérapeutique : une forme systématisée de sociothérapie, et son application à un groupe de schizophrènes. Annales Médico Psychologiques T I, n° 1, 115-127, janv. 61.
- 10 - KLOTZ H.P. et ELMALEH H. :
L'inégalité devant l'Obésité (Obésité aux journées d'Endocrinologie et de nutrition). Médecine praticienne - p. 49-45, n° 242, fév. 1964.
- 11 - AZERAD :
Obésité = E. M. C. (10 506 B 30, 7, 1955
) 10 506 C 10, 7, 1963
 (10 506 C 10, 5, 1955
- 12 - CHIMENES H. :
Thérapeutique de l'Obésité.
E. M. C. Thérapeutique, 25. 166 A 10, 1 - 1964.
- 13 - ROMANI J.D. (Paris) :
Les Obésités rebelles.
Panorama Médical (Labo. Squibb.), mars 1964.
- 14 - NACHIN
L'alimentation à l'hôpital psychiatrique.
Vie sociale et traitement : sept. oct. nov. 60
 fév. mars 61
 juillet - sept. 61
 déc. 61 - janv. 62
 déc. 62 - janv. 63.
- 15 - ROUET M.
Cellulites et Obésités d'origine psychiatrique.
175 pages - Maloine 1963.
- 16 - VALLET R., GUILLE M.C. et DUBUISSON J. :
Quelques aspects des troubles du métabolisme hydrique dans les affections psychiques aiguës.
Annales médico-psychologiques T. II, 475-506, n° 3, oct. 1961.

- 17 - SHORVON H., et RICHARDSON I. :
Obésité soudaine et traumatisme psychologique.
Britisch. Med. J., 951 - 956 n° 4634, 29 oct. 1949.
- 18 - FREYBERGER H. :
A propos de la psychothérapie de groupe dans les maladies organiques internes primaires (illustration prenant pour exemple l'obésité constitutionnelle).
Acta Psychotherap.6, 327-336, n° 4, 1958 (Rés. français).
- 19 - HERRENSCHMIDT M. :
Du traitement de l'Obésité constitutionnelle par les substances anorexigènes.
Strasbourg Médical 9, 198, 203 n° 3, mars 1958.
- 20 - SALMON-MALBRANCHE :
Le facteur psychique dans l'Obésité.
Sem. Hôp. Paris, p. 3489-3490, n° 65, 2 sept. 1950.
- 21 - GENEVARD G. :
Aspects psychiatriques et psychologiques de l'Obésité.
Praxis, rev. Suisse, p. 393 - 400, n° 19, 8 mai 1952.
- GENEVARD G. Psychothérapie et Obésité : 48, n° 17, 413-417,
23 avr. 1959.
- 22 - BERTRAND J. :
Sur une Obésité (conception psychosomatique).
Rev. Med. Normandes, 1, 525-535, n° 8, oct. 1959.
- 23 - ARNE L.
Obésité neurogène et Psychogène.
J. Méd. Bordeaux, 135, p. 28-81, n° 1, janv. 1958.
- 24 - CHIMENES H. :
Intérêt de l'imipramine dans le traitement de l'Obésité.
Presse Médicale p. 1131-1132 - N° 19, 18 avril 1964.
- 25 - MICHEL B. et coll.
Les fuites potassiques à l'Hôpital Psychiatrique.
Communication à la Société de Neuro-Psychiatrie et de Psychologie clinique de Clermont-Ferrand.
Séance du 12 juin 1964.
- 26 - BASTIE J. et Y :
Obésité Psychiatrique.
Information Psychiatrique p. 111-117, 1961.

27 - L'Obésité - Revue du Praticien T. 14, n° 28, Nov. 62 .

28 - PERRAULT M. et DRY :
L'Obésité, Ed. Baillères, 1960.

o0o



EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V -